18

Ein Fall von

Sarcom der Nase.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Montag, den 9. Juni 1890

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

August Wilke

aus Sachsen.

Opponenten:

Herr cand. med. Dörschlag.

Herr cand. med. Elgeti.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1890.

Dem Andenken seines teuren Vaters

und

seiner lieben Mutter

in kindlicher Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Zu den bösartigen Geschwülsten, die in der Nase vorkommen können, werden die verschiedenartigsten Neubildungen gerechnet. Bösartige Neubildungen, die den Character absoluter Malignität an sich tragen, sind Sarcom und Carcinom, beide kommen in der Nase vor. Virchow rechnet ferner das Enchondrom zu den bösartigen Geschwülsten, er sagt[1]): „Wir haben oben gesehen, dass das Enchondrom, wie es seiner heteroplastischen Natur und seinem oft sehr beträchtlichen Saftreichthum nach wahrscheinlich war, zu den infectiösen Gewächsen gehört, die wenn sie einmal bestehen, einen ähnlichen Process in anderen, selbst entfernten Teilen wachrufen können". Ebenso rechnet er die Osteome, die in der Nase vorkommen können, zu den malignen Tumoren und begründet ihre Malignität damit, dass sie von ihrer Ursprungsstelle aus weiter in die Nasen-, Augen- oder Schädelhöhle wuchern können, und somit durch diese ihre Eigenschaft das Leben bedrohen.

---

[1]) Die krankhaften Geschwülste. Band I. S. 499.

Schmiegelow[2]) rechnet ausser den beiden erst erwähnten Formen, Sarcom und Carcinom, noch die lupösen Tumoren zu den bösartigen Neubildungen.

Was nun die Häufigkeit des Vorkommens dieser Geschwulstbildungen in der Nase anbetrifft, so gehen darüber die Ansichten der einzelnen Autoren sehr auseinander. Schmiegelow sagt, die primären, bösartigen Geschwülste der Nase seien selten, Carcinome seien wenige bekannt, das primäre Sarcom der Nase sei relativ häufiger. Aehnlich äussert sich Mackenzie[3]): „Bösartige Neubildungen der Nase sind keine häufigen Leiden, und speciell der Krebs dieser Gegend ist eine äusserst seltene Krankheit". O. Chiari sagt,[4]) die Sarcome seien sehr selten, und er habe sie gar nicht gesehen, während Voltolini die malignen Neubildungen der Nase als nicht selten vorkommend bezeichnet.

Vergleicht man die Fälle, die von bösartigen Neubildungen der Nase in der Literatur mitgeteilt sind, so kommt man zu dem Resultat, dass die am häufigsten vorkommende Geschwulstform das Sarcom ist. Fälle von Carcinom sind äusserst wenig

[2]) Primäre bösartige Geschwülste der Nase. Revue. mens. de Laryngologie, d'Otologie etc. No. 8 und 9. 1885.

[3]) Die Krankheiten der Nase und des Halses. II. Band S. 560.

[4]) Revue mens. de Laryngologie Nr. 3. 1886.

bekannt. Veröffentlicht sind in der neueren Litteratur Fälle von Sarcom von: Walter Fowler, R. Calmettes, H. Chatellier, Jeanselm, Lincoln, Schmiegelow, Chiari, Leorneau, Routier, Heymann, A. d'Antona, G. Ficano, Hopmann und verschiedenen anderen. Auf einzelne der von diesen mitgeteilten Fälle werde ich bei der weiteren Besprechung zurückkommen.

Das Sarcom befällt im Gegensatz zu dem Carcinom, das in der Mehrzahl der Fälle erst im höheren Lebensalter auftritt, jedes Lebensalter, mit Vorliebe sogar das jugendliche; vom 20.—40. Lebensjahre ist die grösste Frequenz. Doch ist auch das hohe Lebensalter nicht verschont, am seltensten kommt das Sarcom im kindlichen Alter vor, Moure hat einen Fall bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde beschrieben.

Der Sitz des Sarcoms ist gewöhnlich die Nasenscheidewand, wo es entweder am knorpligen oder knöchernen Teil desselben sitzend, ausgehen kann vom Perichondrium oder Periost. Es kann hier entweder gestielt entspringen oder mit breiter Basis in Form einer circumscripten Geschwulst auftreten, oder aber in Form einer diffusen Infiltration die Nasenscheidewand und die benachbarten Teile ergreifen.

Der Sitz an der Nasenscheidewand ist bei weitem

der häufigste, es sind nur wenige Fälle beschrieben, wo das Sarcom von den Muscheln, von der seitlichen Nasenwand oder vom Nasenboden ausging. Dieser Umstand ist für die Diagnose des bösartigen Tumors wichtig, da es bekannt ist, dass die gutartigen Neubildungen, wie die Schleimpolypen, meist im oberen Teile der Nase von der mittleren oder oberen Muschel oder vom mittleren Nasengange entspringen, und die Prädilectionsstelle für die papillären Geschwülste die untere Muschel ist.

In anatomischer Beziehung unterscheiden sich die Sarcome der Nase nicht von denen anderer Körperteile, es kommen alle Formen desselben vor: Fibrosarcom, Spindelzellensarcom, Rundzellensarcom, Melanosarcom, und bei der relativ geringen Anzahl der beschriebenen Fälle kann man kaum sagen, dass die eine oder die andere Form mit besonderer Häufigkeit in der Nase auftrete.

Inbetreff der Diagnose habe ich schon oben gesagt, dass der Sitz der Neubildung am Septum besonders für Sarcom characteristisch ist. Es kommt äusserst selten vor, dass ein Schleimpolyp oder eine papilläre Geschwulst von hier aus entspringen. Auch die makroskopische Betrachtung wird uns immer für die Diagnose gewisse Anhaltspunkte geben. Der Schleimpolyp, welcher meistens gestielt entspringt,

hat ein rötliches oder gelblich durchscheinendes Ansehen, eine glatte Oberfläche, von ziemlich weicher Beschaffenheit, das Sarcom ist dagegen von derberer Consistenz und unebener, höckeriger Oberfläche. Ein Umstand kann die Diagnose beträchtlich erschweren, wenn nämlich beide Geschwulstformen neben einander vorkommen. Diese Möglichkeit betont Voltolini[5]) indem er sagt: „Zunächst möchte ich nun, wie ich schon oben angedeutet habe, hier vor einer gewissen Vertrauensseligkeit warnen, dass wenn man in einer Nase bei bereits lange bestandenem Nasenleiden zunächst vorn entschieden gutartige, gewöhnliche Polypen sieht, sich sogleich damit zu beruhigen, dass alles andere Krankhafte in der Nase ebenso sein werde. Ich habe, wie gesagt, es wiederholt erlebt, dass zunächst vorn in der Nase gewöhnliche Polypen sassen, dahinter der maligne Tumor zum Vorschein kam.“ Voltolini erklärt dieses Zusammentreffen der beiden verschiedenartigen Geschwulstbildungen so, dass er annimmt, der maligne Tumor sei das primäre und durch den dauernden Reiz, den derselbe auf die Schleimhaut ausübe, würde das Emporschiessen von Polypen verursacht.

---

[5]) Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes. S. 312.

Wenn es nun auch im Anfangstadium der Erkrankung mitunter schwierig sein kann, die Beschaffenheit eines Tumors richtig zu deuten, da ja die Symptome von gutartigen und bösartigen Neubildungen in der Nasenhöhle oft dieselben sein können, so bieten sie doch in ihrer weiteren Entwicklung Erscheinungen dar, die ihre Eigenschaft nicht verkennen lassen. Es wird ja natürlich eine gute Diagnose practischen Wert nur dann haben, wenn es ihr gelingt, die Bösartigkeit eines Tumors möglichst frühzeitig festzustellen.

Die gewöhnlichen Beschwerden eines Sarcomes werden zuerst sein, erschwerte Durchgängigkeit der Nasenhöhle durch die Tumormasse, oder auch vollständiger Verschluss derselben (die Patienten fassen dieselbe meistens als Stockschnupfen) auf Veränderung der Stimm- und Athembeschwerden. Unter diesen Symptomen kann das Leiden längere Zeit bestehen, und weder Patient noch Arzt denken an eine Bösartigkeit desselben. Denn wenn auch im allgemeinen ein schnelles Wachstum als charakteristisch gilt für das Sarcom, so sind auch wieder Fälle beschrieben, die sich äusserst langsam entwickelten; es waren dies wohl alles Fälle von Fibrosarcom, denn die zellenreichen Formen von Sarcom wachsen oft äusserst schnell.

Zu diesen rein mechanischen Beschwerden gesellen sich dann meistens sich oft wiederholendes und heftiges Nasenbluten, serös-eitrige oder blutig-eitrige, fötide Secretion der Nase, und meistens schmerzhafte Anschwellung der Unterkieferdrüsen, die oft eine bedeutende Ausdehnung annehmen. Zur Ulceration kommt es seltener. Schmiegelow meint, dass während die Carcinome leicht ulcerieren, die Sarcome durch die periostale oder perichondrale Hülle lange vor Ulceration bewahrt bleiben.

Auch auf die bedeutende Schmerzhaftigkeit des bösartigen Tumors sowohl als auch der Nasenwände wird im Gegensatz zu den gutartigen Neubildungen aufmerksam gemacht. Hierzu treten Neuralgien der verschiedensten Art in der Nase sowohl als auch hauptsächlich in der Infraorbital- und Stirngegend auf. Sie kommen zustande durch Druck des Tumors auf die Nerven. Beim weiteren Wachstum desselben kann es dann zu einem Symptomencomplex kommen, der zu den schrecklichsten gehört, die eine Erkrankung am menschlichen Körper hervorrufen kann: Durch Druck auf den Thränenkanal kommt es zu Thränenträufeln, Thränensackentzündung. Die Geschwulstwucherung kennt keine Schranken, sie durchbricht Nasenscheidewand und Gaumenbein. Die Nase wird

aufgetrieben, die Wangenhaut ist stark gerötet und ulceriert. In alle benachbarten Höhlen wuchert sie hinein, in die Augenhöhle und treibt von dort den Augapfel vor sich her, das Auge erblindet, die Wucherung dringt in die Schädelhöhle und veranlasst hier Meningitis, durch die Choanen in den Nasenrachenraum und veranlasst hier Verschluss der Speiseröhre oder Luftröhre. Durch Hineinwuchern in die grossen Gefässstämme kann sie Thrombose derselben zu Wege bringen.

Es ist selbstverständlich, das unter solchen Beschwerden das Leben nicht lange bestehen kann, der Patient geht an Kachexie, an Pyämie oder an Gehirnerscheinungen zu Grunde. Ein Fall, der die Fürchterlichkeit eines solchen Leidens einigermassen illustriert, wird im Centralblatt für Laryngologie[6]) mitgeteilt: „Ein 66jähriger Mann hatte seit seinem 52. Jahre an Nasenbluten zu leiden. Tamponade oft nötig. Schliesslich entstand am inneren Canthus des linken Auges eine pulsierende Geschwulst. Nasenbluten kehrte zurück (einmal Ligatur der Carotis communis nötig), der linke Bulbus wurde verdrängt, der Tumor wuchs und begann zu ulcerieren, heftige

[6]) III. Jahrgang, Berlin 1887, p. 427.

Schmerzen entstanden in der linken Kopfhälfte. Die Geschwulst nahm schliesslich die ganze linke Augen- und Backengegend ein, rechtseitige Bronchopneumonie und linksseitige Pleuritis traten auf, und Patient starb. Autopsie ergab, dass es sich um ein pulsierendes Sarcom gehandelt hatte, welches wahrscheinlich durch den Thränenkanal nach aussen und in das linke Antrum gewuchert war."

Die Ätiologie des Sarcoms der Nase ist vorläufig noch ebenso wie die der bösartigen Tumoren anderer Körperteile völlig unaufgeklärt. Die Cohnheim'sche Hypothese, dass in einem frühen Stadium der Entwicklung eine überschüssige Production von Zellen stattfinden könne, die dann unter dem Einfluss gewisser Gelegenheitsursachen zur Proliferation angeregt werden könnten und zur Bildung der Geschwülste Anlass gäben, wird sich wohl nie beweisen lassen. Birch-Hirschfeldt[7]) spricht die Möglichkeit aus, dass für manche Geschwülste, deren Ätiologie noch völlig unbekannt sei, vielleicht noch infectiöse Ursachen nachgewiesen werden könnten, so für gewisse Lymphome und auch für einzelne jetzt dem Sarcom zugerechnete Neubildungen.

---

[7]) Lehrbuch d. allgem. pathol. Anatomie.

Voltolini macht für die Entstehung der bösartigen Geschwülste eine üble Beschaffenheit der Constitution verantwortlich und lässt aus dieser Beschaffenheit heraus die Geschwulst auf irgend einen Reiz an einer Körperstelle entstehen. Er sagt[8]: „Man muss nicht, so zu sagen, das krebsige Siechtum mit der Dyskrasie verwechseln. Dies Siechtum sehen wir in allen Fällen succesive nach dem lokalen Auftreten des Krebses sich entwickeln, es ist so zu sagen der Anfang vom Ende, an dem der Kranke immer mehr und mehr dahinsiecht, aber der Entstehung des lokalen krebshaften Leidens liegt nach meiner Meinung entschieden ein allgemeines krankes Etwas der ganzen Constitution zu Grunde, nenne man nun dieses „Etwas" Diathesis, Caccochymie, Cachexie, Dyscrasie oder wie man sonst will, ohne dasselbe kommt kein Krebs zu Stande. Wir sehen bei verschiedenen Menschen durch ein und denselben Reiz in dem einen Falle eine gutartige Neubildung, in dem anderen eine bösartige entstehen; der Eine kann lange den Schnupfen haben, oder die Nasenschleimhaut auf andere Weise permanent reizen, er bekommt nur gutartige Polypen und nie einen Krebs oder Sarcom in die Nase, welches das

---

[8]) Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes.

andere bekommt durch ganz denselben Reiz.“ Er fasst also die bösartige Neubildung als etwas secundäres auf und lässt ihr als etwas primäres eine bestimmte schlechte Constitution zu Grunde liegen. In gewisser Beziehung zu dieser Auffassung steht auch die Annahme von Mackenzie[9]), der die Möglichkeit zulässt, dass syphilitische Ulcerationen bisweilen zur Bildung von bösartigen Geschwülsten führen können, er teilt einen derartigen Fall an dieser Stelle mit. Es handelte sich um einen Fall von Medullarkrebs bei einer Frau, deren Alter nicht angegeben ist. Die Nase war seit 11 Jahren vollständig verstopft gewesen und im Halse fanden sich Zeichen früherer syphilitischer Geschwüre. Die Schleimhaut der Muscheln war hypertrophisch und bei der Entfernung eines Teiles des verdickten Gewebes zeigte es sich, dass dasselbe krebsig erkrankt war. Es ist in diesem Falle wohl ein gleichzeitiges Bestehen beider Geschwulstformen constatiert, aber ein Uebergang der einen Form in die andere und ein ursächlicher Zusammenhang derselben ist damit nicht bewiesen. Anders verhält es sich mit dem Uebergang von gutartigen Geschwülsten, gewöhnlichen Schleimpolypen in bösartige Tumoren.

---

[9]) Die Krankheiten der Nase und des Halses II. Band S. 560.

Während schon früher eine ganze Reihe von Fällen mitgeteilt war, so von Michel, Walson, Hopmann, Schmiegelow, Chiari, die diese Möglichkeit beweisen sollten, hat vor 2 Jahren Dr. L. Bayer in seinem Artikel[10]): „Ueber die Transformation von Schleimpolypen in bösartige (krebsige oder sarkomatöse Tumoren)“ einen Fall veröffentlicht, der einen Zweifel an derartige Umwandlungen oder Entartungen nicht aufkommen lässt.

Es handelte sich um einen 50jährigen Patienten, der seit längerer Zeit an Nasenpolypen zu leiden hatte. Dieselben waren durch eine galvanokaustische Behandlung nicht zum Verschwinden zu bringen gewesen. Bayer constatierte einen Tumor vom Nasendache herabhängend, der in seiner unteren Partie ulceriert und körnig granuliert erschien, während die Basis der Geschwulst ein gelblich durchscheinendes Aussehen hatte, nach Art gewöhnlicher Schleimpolypen. Sie ging gestielt vom vorderen Teile der oberen Muschel aus. Der untere Teil des Tumors wurde für bösartig gehalten, während die Basis desselben gutartig zu sein schien. Der Tumor wurde mit der Schneideschlinge an seiner Basis abgetrennt,

---

[10]) Deutsche Medicinische Wochenschrift XXI Jahrgang Nr. 9 S. 174—76.

und nach dieser Operation trat vollständige Heilung ein. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst bestätigte die Diagnose, die makrospisch gestellt war, vollständig. In der unteren Partie war die Geschwulst gewöhnlicher Schleimpolyp, in der oberen sogenannter Zottenkrebs. Wenn es nun auch wohl selten vorkommt, oder wenigstens selten beobachtet wird, dass eine Neubildung in dem einen Teile, wie sie es ursprünglich war, noch vollständig gutartig ist, während sie in einem anderen Teile schon bei der äusseren Betrachtung ihren bösartigen Charakter zu erkennen giebt, so wird es doch häufiger beobachtet, dass eine gutartige Geschwulst, wenn sie einmal operativ entfernt war, sich auf demselben Boden bösartig neu entwickelte; dieser Fall scheint gerade bei den myxomatösen Neubildungen, zu denen wir ja die Schleimpolypen rechnen, häufiger zu sein.

Ich erinnere mich eines solchen Falles, der im hiesigen pathologischen Institut demonstriert wurde: Bei einem 19jährigen Mädchen fand sich an dem äusseren Muttermunde ein Tumor von weintraubenartiger Gestalt. Histologisch zeigte sich ein bindegewebiger Grundstock mit Gefässen, papillären Wucherungen und epithelialer Umkleidung, nebenbei fanden sich im Tumor neugebildete, quergestreifte Muskelfasern. Nach-

träglich trat eine Geschwulstmasse an der Innenfläche des ganzen Uterus auf mit Inversio uteri. Der Uterus wurde in toto exstirpiert. Der erste Tumor erwies sich als gewöhnlicher Schleimpolyp, während der zweite keine traubige Beschaffenheit zeigte, sondern als weiche, schwammige Masse die ganze Innenfläche des Uterus gleichmässig überzog und seiner histologischen Structur nach für ein Spindelzellensarcom gehalten werden musste. Einige Zeit nach der Operation zeigte sich über das ganze Peritoneum verbreitet eine neue Tumormasse von derselben histologischen Beschaffenheit, dieselbe characterisierte sich hauptsächlich durch äusserst schnelles Wachstum. Wenn man also eine Präexistenz von gutartigen Tumoren als ätiologisches Moment für einzelne Fälle von bösartigen Tumoren anführen will, so ist sie für die eben angeführten bewiesen.

Die Prognose ist für die bösartigen Neubildungen der Nase immer ernst. In erster Linie wird sie abhängig gemacht von einer richtigen Diagnose. Ein frühzeitiges Erkennen einer bösartigen Neubildung wird auch die Aussichten für eine definitive Heilung verbessern. Zweitens muss sich an die Diagnose eine radicale Operation, die alles krankhafte Gewebe entfernt, anschliessen. Es ist wohl der Standpunkt als

verlassen anzusehen, wo man durch Verabreichung innerer Mittel eine Rückbildung derartiger Geschwülste zu erzielen suchte; ebenso möchte ich wohl äussere Eingriffe, die nur eine Entfernung des geschwulstartigen und in die Augen springenden Gewebes anstreben, wie Aetzen, Auskratzen oder Abtragen durch Galvanokautor als rein palliative bezeichnen, die nie die Gefahr eines in kürzerer Zeit auftretenden Recidivs ausschliessen. Bei der Radicaloperation in der Nase würde man sich keinen Augenblick scheuen dürfen durch Aufklappen der Nase nach der Methode von Bruns sich ein vollständig freies Operationsfeld zu verschaffen.

Im Anschluss an diese allgemeinen Erörterungen sei es mir vergönnt, einen Fall von Sarcom der Nase, welcher sich in Behandlung des Herrn Dr. Hoffmann befunden hat und wegen seiner verschiedenartigen Erscheinungen besonderes klinisches Interesse hat, zu veröffentlichen.

Landmann P. von Rügen, 42 Jahre alt, giebt an, sich nicht luetisch inficirt zu haben und bis zu Eintritt des gegenwärtigen Leidens überhaupt nicht nennenswert erkrankt gewesen zu sein. Im Winte 1886/87 stellte sich eine erschwerte Durchgängigkei der linken Nasenseite ein, welche mehr und mehr zu

nahm, ein Leiden, welches vom Kranken für Stockschnupfen gehalten wurde. Die Schleimabsonderung aus der Nase war eine geringe, und der Kranke gab an, dass wenn dieselbe etwas stärker sei, die Beschwerden von Seiten der Nase geringer würden.

Im Anfange des Jahres 87 traten Drüsenanschwellungen zu beiden Seiten des Halses auf, welche rechterseits an Grösse wenig zunahmen, dagegen links sich rasch vergrösserten. Am 14. V. 87 stellte er sich in der Poliklinik des Herrn Prof. Strübing vor, der folgenden Status aufnahm.

In der linken Nasenhöhle prominiert, scheinbar vom Boden ausgehend und gleichmässig von der Seite bis zum Septum die Höhle ausfüllend eine ca. $^1/_2$ cm hohe Erhabenheit, welche von Schleimhaut überzogen ist und nirgends eine Ulceration zeigt. Beim Berühren mit der Sonde fühlt sich diese Erhabenheit knochenhart an. Diese Prominenz macht einen weiteren Einblick in die tieferen Partieen unmöglich. Die Schleimhaut ist sowohl auf der linken Seite soweit sie dort sichtbar, wie auf der rechten Seite geschwollen und gerötet. Die Unterkieferdrüsen sind auf der linken Seite stark geschwollen, von harter Consistenz, auf Druck nicht schmerzhaft. Therapie: Jodkali.

Der Kranke stellte sich in den nächsten Wochen

noch einige Male vor, ohne das eine nennenswerte Veränderung im Zustande desselben eingetreten war. Dann blieb derselbe längere Zeit ausserhalb der ärztlichen Behandlung und brauchte das verordnete Jodkalium und Arsen. In dieser Zeit suchte er auch Hilfe bei Homöopathen und Quacksalbern, die ihn selbstverständlich auch nicht von seinem Leiden befreien konnten. Da alle diese Kuren ohne Erfolg blieben und besonders die Drüsen auf der linken Halsseite sehr rasch an Grösse zunahmen, trat er am 15. VIII. 88 in die Privatbehandlung des Hrn. Dr. Hoffmann.

Status bei der Aufnahme:

Patient ist ein grosser, kräftiger Mann mit gesunder, sonnengebräunter Gesichtsfarbe und gut entwickeltem panniculus adiposus. Die linke Nasenhöhle ist in einer Tiefe von ca. 1 ½—2 cm durch eine knochenharte, nicht ulcerierte quer verlaufende Platte vollständig obturiert. Das Septum ist durch die Geschwulst nicht verdrängt. Die davor befindliche Schleimhaut ist stark geschwollen. Selbst bei genauer Untersuchung unter Anwendung von Cocainanästhasie lässt sich nicht klar stellen, von wo dieser Tumor ausgeht. Die rechte Nasenhöhle ist vollständig frei durchgängig, ohne pathologische Veränderung. Die ganze linke Halsseite vom Hinterrande des processus

mastoideus nach vorn bis an die Mittellinie reichend, vom Unterkiefer bis einen Finger breit über der clavicula ist durch einen ca. 2 Faust grossen Tumor eingenommen, welcher durch Zusammenfliessen zweier gesonderter Tumoren entstanden zu sein scheint, und zwar eines grösseren, unterhalb des Kieferwinkels gelegenen und eines kleineren, weiter vorn befindlichen. Eine geringe Schmerzhaftigkeit der Tumoren ist vorhanden. Die vordere Partie fühlte sich härter an und war von mehr höckriger Beschaffenheit als die hintere, welche eine mehr gleichmässige Oberfläche zeigte, von der Consistenz eines weichen Sarcoms war und auf Fingerdruck Dellen zurückliess.

Auf der rechten Seite war ein ca. wallnussgrosser und ein kleinerer, etwa kirschgrosser ziemlich harter Tumor vorhanden, welcher nach Angaben des Kranken in den letzten Monaten nicht wesentlich an Grösse zugenommen hatte. Der Halsumfang betrug an der engsten Stelle 41 cm, über die Geschwulst hin 45 cm.

Die Beweglichkeit des Halses war bedeutend eingeschränkt, besonders die Neigung nach links und Beugebewegungen erschwert.

Ausser den Beschwerden durch die Grösse des Halstumors klagte der Kranke hauptsächlich über Athembeschwerden, die er auf Verstopfung der Nase

bezog, während sie anscheinend durch Druck des Tumors auf dem Kehlkopf resp. auf die Trachea zu stande kamen; diese Beschwerden waren besonders des Nachts sehr stark, und die Nachtruhe war dadurch sehr gestört.

Der Appetit war schlecht; Fieber war nicht vorhanden.

Es wurden Umschläge von essigsaurer Thonerde verordnet und innerlich Jodkalium gegeben. Eine Exstirpation des Tumors, welche der Kranke wünschte, musste wegen der Grösse desselben als zu gefährlich und auch als aussichtslos abgelehnt werden. Das über dem Tumor vorhandene Oedem nahm mit den Umschlägen ab, wodurch sich der Kranke wesentlich erleichtert fühlte und besonders seine Nachtruhe eine bessere wurde.

Die Diagnose blieb auch nach wiederholter Untersuchung eine zweifelhafte, ein etwa vorhandenes Carcinom, das zu der Entstehung der Drüsentumoren geführt hätte, war nicht aufzufinden; Rachen, Schlund und Kehlkopf waren vollständig frei. Gegen einen luetischen Tumor sprach die Wirkungslosigkeit des wiederholt längere Zeit gebrauchten Jodkalium und das sonstige Fehlen von syphilitischen Erscheinungen. Es blieb also als wahrscheinlichstes die Annahme

eines primären Drüsensarkoms übrig. Ein ursächlicher Zusammenhang des Tumors mit der Affection der Nase wurde nicht angenommen, sondern ein zufälliges Zusammentreffen eines obturierenden Tumors, etwa eines Osteom, Exostose in der Nase mit einem primären Drüsentumor.

Von der Darreichung von Jodkalium wurde bald Abstand genommen, dafür Arsen verabreicht, und einmal eine Injection von Arsen in den Tumor ausgeführt. Nach letzterer stellte sich eine starke Schwellung des Tumors ein mit Rötung der darüber befindlichen Haut und bedeutender Schmerzhaftigkeit. Wegen dieser Beschwerden wollte der Kranke von einer weiteren Injectionskur nichts wissen, es konnte auch auf dieselbe nicht ärztlicherseits gedrungen werden, da die Aussichten für die Besserung des Leidens durch dieselbe gering waren, und sogar die Gefahr bestand, dass ein Zerfall des Tumors eintreten könnte, welcher die Cachexie des Kranken und die subjectiven Beschwerden jedenfalls sehr vermehrt hätte. Es wurde daher der Kranke, nachdem die Reaction auf die Injection vorüber war, und zwar nach dreiwöchentlicher Behandlung in der Stadt, in die Heimath entlassen, äusserlich mit den Umschlägen

um den Tumor fortzufahren und innerlich das Arsen weiter zu gebrauchen.

Am 20. December desselben Jahres stellte sich der Kranke wieder vor, er gab an inzwischen mit seinem Zustand zufrieden gewesen zu sein; die Geschwulst habe an Grösse abgenommen, besonders in den vorderen Partieen, vor allem aber habe er Luft durch die linke Nasenöffnung; letzteres sei seit ungefähr 6 Wochen der Fall. Die Nase sondere ziemlich viel ab, was ihm Erleichterung verschaffe. Er habe inzwischen Arsen und Jodkalium zusammen gebraucht. Die Untersuchung ergab, dass die vorderen Partieen in der That an Grösse etwas abgenommen oder mindestens nicht zugenommen hatten, an Consistenz aber härter geworden waren; dagegen hatten die hinteren Partieen des Tumors sich bedeutend vergrössert und waren erweicht. Nach hinten reichte der Tumor bis zur Mittellinie, nach oben über den processus mastoideus hinauf. Auch war eine Zunahme der Geschwulst durch stärkeres Hervortreten derselben deutlich wahrnehmbar. Auf der rechten Seite war der Tumor nicht gewachsen. Der Umfang an der engsten Stelle hatte um 2 cm zugenommen. Sehr auffallend war eine starke Abmagerung des Kranken, sein Körpergewicht war um 30 Pfund

niedriger geworden. Dieser Umstand beängstigte den Kranken nicht sehr, da ihm seine frühere Fettleibigkeit lästig gewesen war.

Die Untersuchung der Nase ergab, dass der harte, obturierende Tumor in der linken Nase vollständig verschwunden war, an seiner Stelle wurde die linke Nase bis beinahe an die äussere Öffnung durch zwei Polypen ausgefüllt, dieselben hatten ein graurötliches Aussehen, schienen aber von härterer Consistenz als Schleimpolypen zu sein. Bei der Berührung mit der Sonde bluteten sie sehr leicht. Mit der kalten Schlinge wurde soviel als möglich von denselben entfernt, worauf eine ziemlich bedeutende Blutung erfolgte, die erst auf Tamponade mit Jodoformgaze stand. So viel sich nach Entfernung der Polypen sehen liess, wurden die tieferen Partieen der Nase durch eine anscheinend ähnliche Tumormasse, wie die exstirpierte ausgefüllt, jedoch war neben ihnen die Nase für Luft in geringem Grade durchgängig. Bei der Untersuchung des Nasenrachenraumes mit dem Finger und dem Spiegel fand man, dass in der linken Choane grauweisse Polypen dieselbe beinahe ausfüllten, dass aber der Nasenrachenraum selbst vollständig frei war. Das grössere Stück der exstirpierten Polypen war ungefähr von Hasel-

nussgrösse, von grauweisser Farbe und ziemlich weicher Consistenz, jedoch viel härter als gewöhnliche Schleimpolypen und an der Oberfläche von höckeriger Beschaffenheit. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Spindelzellensarkom handele.

Am 21. März dieses Jahres erschien der Kranke wieder, war noch abgemagerter als vorher, der Tumor hatte in mässsiger Weise an Grösse zugenommen; er wünschte eine neue Entfernung von Polypen aus der Nase. Die Inspection derselben ergab, dass eigentliche Polypen nicht vorhanden waren, sondern dass anscheinend der bei der vorigen Operation zurückgelassene Stiel mit kleinen höckerartigen Wucherungen bedeckt war, sodass das Ganze ein traubenartiges Aussehen hatte. Da ein Herumführen der Schlinge um den Tumor nicht gelang, wurden um den immer noch hoffnungsvollen Mann zu beruhigen, Ustionen mit dem Galvanokautor vorgenommen. Die Blutung hierbei war wiederum bedeutend. Diese Aetzungen wurden im April noch zweimal wiederholt, weil sich der Kranke durch dieselben angeblich erleichtert fühlte. Die Blutung war hierbei wesentlich geringer, aber die Luftpassage in der linken Nase, welche in-

zwischen aufgehört hatte, konnte nicht wieder hergestellt werden.

Darauf stellte sich der Kranke am 8. August wieder vor, und wies einen Tumor von Wallnussgrösse vor, den er ausgespieen und in verdünntem Spiritus aufbewahrt hatte. Zur mikroskopischen Untersuchung war derselbe leider nicht mehr zu verwerten, da er stark maceriert war.

Im linken Nasenloche war wiederum eine kleine polypenartige Wucherung, von der ein Stück mit der kalten Schlinge gefasst und entfernt werden konnte. Dieses Stück wurde zur genaueren mikroskopischen Untersuchung aufbewahrt. Dieselbe bestätigte die schon vorher gestellte Diagnose auf Sarcom. Die gefärbten Schnitte liessen zahlreiche, dicht neben einander liegende grössere Kerne erkennnen, die ihrer Lage nach dicht an einander liegenden Spindelzellen entsprachen. Daneben waren wieder gefässhaltige Bindegewebszüge erkennbar.

Patient hatte sich von nun an der ärztlichen Beobachtung entzogen, sein Zustand war ein hoffnungsloser, und es war anzunehmen, das in kürzerer Zeit der exitus letalis in Folge von Cachexie eintreten müsste.

Wenn nun auch dieser Fall klinisch in seinem

Verlaufe genau beobachtet worden ist, und grosses Interesse erregen musste wegen seiner zahlreichen wichtigen Erscheinungen, so ist es doch andererseits bedauerlich, dass er sich der wissenschaftlichen Controle, die nur durch eine Autopsie angestellt werden konnte, entzogen hat.

Ein Zusammenhang der Nasenaffection mit dem Drüsentumor lässt sich nicht mit Sicherheit behaupten.

Eine Umwandlung einer vorher gutartigen Geschwulst der Nase in eine bösartige muss als möglich zugegeben werden; anderseits lässt es sich nicht ableugnen, dass der Nasentumor von vornherein bösartiger Natur gewesen sei, und dass er erst nach längerem, unveränderten Bestehen durch veränderte Wachstumsvorgänge seine Bösartigkeit gezeigt habe. Wollte man diese letztere Möglichkeit annehmen und den Drüsentumor als etwas Sekundäres in Zusammenhang mit der Nasenaffection bringen, so wäre doch auch dieser Vorgang etwas aussergewöhnliches, da metastatische Drüsenaffection nicht häufig bei Sarcom beobachtet werden.

In therapeutischer Beziehung möchte ich empfehlen bei allen Nasentumoren eine operative Behandlung einzuleiten und bei suspecten Geschwülsten mit einer Radicaloperation nicht zu säumen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet meinem hochverehrten Lehrer Herrn Dr. Hoffmann für die gütige Ueberweisung dieses Themas und für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste.

Schmiegelow: Primäre bösartige Geschwülste der Nase.

Mackenzie: Die Krankheiten der Nase und des Halses.

Voltolini: Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes.

Centralblatt für Laryngologie. III. Jahrgang.

Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie.

Deutsche Medic. Wochenschrift. XX. Jahrgang Nr. 9.

Lebenslauf.

August Wilke, Sohn des verstorbenen Landwirts Friedrich Wilke und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Kaesebier, evangelischer Confession, wurde am 3. Juli 1864 zu Gross-Ottersleben, Kreis Wanzleben, Provinz Sachsen geboren. Die Elementarbildung erhielt er in seinem Heimatsorte in einer Privatschule, später besuchte er das Königl. Domgymnasium zu Magdeburg und erhielt an demselben Ostern 1884 das Zeugnis der Reife. Er bezog nun die Universität Halle a/S., um Medicin zu studieren und wurde daselbst im April 1884 immatriculiert. Nach drei Semestern, Michaelis 1885, verliess er Halle a/S. und ging nach Greifswald, um dort seine Studien fortzusetzen. Hier bestand er im Juli 1886 das tentamen physicum, am 6. November 1889 das medicinische Staatsexamen und am 21. November desselben Jahres das examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Halle:

Bernstein, Eberth, Heyn, Kirchhoff, Kraus, Solger, Vollhard, Welcker.

In Greifswald:

Beumer, Budge, Grawitz, Helferich, Krabler, Landois, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schulz, Sommer, Strübing.

Diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Alle bösartigen Geschwülste der Nase sind radical zu operieren.

II.

Bei grösserem pleuritischen Exsudat ist die chirurgische Behandlung die zweckmässigste.

III.

Die Anwendung des Opium ist aus der Kinderpraxis gänzlich zu verbannen.